

## ISCRIZIONE CORSO DI SCI

Il/La sottoscritto/a .....  
 nato/a il..... a ..... (.....) e residente in  
 ..... via/piazza ..... n° .....  
 C.A.P..... (.....), nella sua qualità di esercente la potestà parentale sul  
 figlio/a ....., nato/a il .....  
 a..... C.A.P. .... CF.....,

### CHIEDE

che suo/a figlio/a venga iscritto/a al corso di sci organizzato dallo SCI CLUB GOGA, nella località Piana di Vigizzo per un totale di **5 Sabati o 5 Domeniche** (2 ore di lezione al giorno prezzo di **€ 119 comprensivo di Ski Pass.**

5 SABATI mattina	12-19-26 Gennaio 2 -9 Febbraio	dalle 9 alle 11	[ ]
5 SABATI pomeriggio	12-19-26 Gennaio 2 -9 Febbraio	dalle 14 alle 16	[ ]
5 DOMENICHE pomeriggio	13-20-27 Gennaio 3 -10 Febbraio	dalle 14 alle 16	[ ]

**Capacità sciistiche** [ ] principiante [ ] discreto [ ] buono

**Noleggio attrezzatura € 40 per tutta la durata del corso** [ ]

**Cellulare x comunicazioni** ..... **e.mail** .....

#### INFORMATIVA PRIVACY

Preso visione dell'informativa ai sensi del D.Lgs 196/2003, acconsento al trattamento dei miei dati personali esclusivamente per il perseguimento degli scopi statutari e per le finalità ivi indicate. Acconsento inoltre all'utilizzo di materiale foto e video per le finalità dell'associazione.

Firma ..... Data.....



**PIANA DI VIGIZZO**